Certificación de Contratos

Cuentas de Cobro

Cargar Documentos

Formulario Proveedor

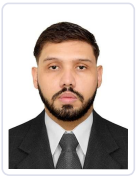
¡Información Importante!

Recuerde verificar cada uno de los datos suministrados en este formulario, la información será verificada y auditada por el Grupo de Trabajo Contratación de la Oficina Jurídica y Control Disciplinario. **El tamaño maximo del de la foto es de 3MB, en caso de que sea mayor el formulario enviará un error.**

0%

Datos Personales

Tipo de Documento:	No. de Documento	Expedida en	Fecha de Expedición:	Registro de Formulario
C.C.	1083002198	SANTA MARTA	2013/08/23	05/02/2025, 1

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Foto	Ver foto
ACOSTA	LOPEZ	ANDRES	FELIPE	Seleccionar arc	

Sexo	Estado Civil	RH	Nacionalidad	Otra
Hombre	Soltero(a)	A+	Colombiano	

Fecha de Nacimiento:	Departamento de Nacimiento	Municipio de Nacimiento
1995/01/21	MAGDALENA	Santa Marta

Dirección de Residencia	Departamento de Residencia	Municipio de Residencia
CALLE 12 #15-10	MAGDALENA	Santa Marta

Teléfono	Celular	Correo Electrónico
3184618747	3184618747	afal9521@hotmail.com

Formación Academica (Estudios Primaria)

Ciudad Estudios (Primaria):	Institución Estudios (Primaria):
SANTA MARTA	CENTRO EDUCATIVO PEQUEÑINES

Formación Academica (Estudios Secundaria)

Ciudad Estudios (Secundaria):	Institución Estudios (Secundaria):
SANTA MARTA	COLEGIO LA VILLA SANTA MARTA

Formación Academica (Tecnica - Tecnologo - Pregrado)

Tipo de Educación:	Título Obtenido:	Institución:	Año de Graduación:
Univesitaria	MEDICO	UNIVERSIDAD METROPOLITANA D	2024

Formación Academica (Estudios Postgrado)

Ciudad Estudios (Postgrado):	Institución Estudios (Postgrado):	Titulo Obtenido (Postgrado):

Experiencia Laboral

Actividades realizadas:

1. CONSULTAS MEDICAS GENERALES EN AREA DE CONSULTA EXTERNA ATENDIENDO PACIENTES ADULTOS CON DIVERSAS CONDICIONES, BRINDANDO DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO ADECUADO
2. EVALUACION INTEGRAL A PACIENTES MEDIANTE HISTORIA CLINICA, EXAMEN FISICO Y PRUEBAS DIAGNOSTICAS
3. EVALUCION PREIODICA DE EMBARAZO EN CONSULTA PRENATAL DE BAJO RIESGO MONITORIZANDO EL

Nombre de Empresa donde prestó sus servicios:	Cargo o perfil:	Fecha de Inicio:	Fecha de Fin:
FUNDACION PRO MAGDALENA I.PS.	MEDICO	2024/10/04	2025/02/05

Referencias Familiares

Referencia Personal 1:	Teléfono Referencia 1:	Parentesco:
HOLMAN LOPEZ	3053639224	Primo
Referencia Personal 2:	**Teléfono Referencia 2:**	**Parentesco:**
MARIA LOPEZ	3023340867	Prima

Redes Sociales

Instagram:	Facebook:	X:	TikTok:
ANLOPEZ0121	ANDRES FELIPE ACOST/		

Afiliación al Sistema de Seguridad Social

EPS	AFP	ARL
EPS Sanitas	Porvenir	Positiva

☐ Acepto los términos y condiciones de la Política de Tratamiento de Datos Personales y declaro haber leído, entendido, aceptado y autorizado lo estipulado en este formulario, la información suministrada es exacta y correcta.

☐ EL PROVEEDOR se obliga con el HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE E.S.E. a entregar información veraz y verificable y a actualizar su información personal, comercial y financiera, por lo menos una (1) vez al año, o cada vez que así lo solicite, suministrando la totalidad de los soportes documentales exigidos. El incumplimiento de esta obligación, faculta al HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE E.S.E. para terminar de manera inmediata y unilateral cualquier tipo de relación contractual o comercial que tenga.

Actualizar Proveedor

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2025.